

**Consentimiento Informado Rehusar Del Servicio Medico de Emergencia**

Yo, debajo firma, nego todo tratamiento Y/O transportación para \_\_\_\_\_ de la agencia de Servicio Medico de Emergencia nombrado y asumo responsabilidad completamente para el tratamiento por el/ella/para mi contra el consejo de la emergencia proveedor medico. En firmando esta forma estoy confirmando los artículos siguientes:

- Soy de la edad legal (O los padres/guardián legales del paciente antedicho) para declinar estos servicio; Y
- Tomo esta decisión que estoy do mente sana y no debajo debilitación de cualquier alcohol o sustancia (legal o ilegal); Y
- Fue informado de la necesidad potencial de la evaluación medica adicional;

Evaluación/Tratamiento/Servicio recomendado para se negar:

- Pruebas adicional de diagnostico medico (radiografía, pruebas de laboratorio, etc.);
- Gerencia O cuidado adicional de la herida/enfermedad;
- La evaluación medica adicional por un profesional de asistencia medica;
- Otras: \_\_\_\_\_.

Y,

- Fue informado de los riesgos potenciales asociado con la negación de servicios;

Los riesgos potenciales asociados pueden incluir pero no limitado:

- Herida/Enfermedad no diagnosticada;
- La curación impropia de la herida;
- Empeorar de la herida/enfermedad con o sin muestras o síntoma cambiante;
- Los cambios subsiguientes en la condición incluyendo la inconsciencia (coma), el golpe, o la muerte;
- Otra \_\_\_\_\_;

Y,

- Entienda que esta denegación de ninguna manera reduce mi habilidad de volver una llamada a los Servicios Medico de Emergencia en el futuro.

\_\_\_ Verifique aquí si la información de la negación fue traducida a un idioma (con excepción del ingles) para la comprensión del Paciente.

Interpretado por: \_\_\_\_\_

Notas adicional: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

La declaración de despedir la información y la responsabilidad financiera: Autorizo el servicio arriba nombrado de la ambulancia para despedir cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro, ajustador, abogado, agencia gubernamental, o terceros implicados en el caso. También autorizo cualquier sostenedor de la información o de la documentación medico necesitada para determinar las ventajas o las ventajas pagaderas para los servicios relacionados o cualquier servicio ahora proporcionados a mi o en el futuro que se despedir a el servicio arriba nombrado de la ambulancia. Autorizo que el pago este hecho directamente al servicio arriba nombrado de la ambulancia para cualquier servicio que sea reembolsable por mi seguro. Entiendo que soy responsable de y pagare todos los honorarios servicios según lo rendido. Entiendo, más que tal pago no será retrasado mientras que aguarda ningún establecimiento, juicio, o pago del seguro. Si se requieren los procedimientos de la colección, acuerdo pagar el coste de colecciones, incluyendo costes de los honorarios del abogado y de la corte.

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Noticia A Los Beneficiarios De Seguro De Cuidado Medico:** Las reglas actuales del Cuidado Medico y regulaciones nos requieren a notificarle cuando los servicios proporcionaron, o para ser proporcionados no pueden ser cubierto por cuidado Medico. El Cuidado Medico paga por los servicios que lo determina a ser razonable y necesario bajo la sección 1882 (a)(1) del acto del Seguridad Social si Cuidado Medico determina que un servicio particular, aunque de otro modo se cubra, no es razonable y necesario bajo los estándares de la programa de Cuidado Medico, el Cuidado Medico negara el pago para ese servicio.

Actualmente, Y con la información que se a obtenido, creemos que el servicio que usted pedio, o vas a tener, o a tenido echo en \_\_\_\_\_ por el servicio de la ambulancia sobre nombrado el Cuidado Medico no vas a dar pago. Así, te demo el aviso que si el Cuidado Medico niega el pago, Usted es responsable a pagar completamente.

**Por Favor Leer La Declaración Debajo Y Firma:** Estoy notificado del servicio de ambulancia sobre nombrado que creen qui es este caso, Cuidado Medico puedes negar pago para los servicios identificado sobremente, por las razones dicho. Se Cuidado Medico niegas pago, entiendo que yo soy personalmente responsable para el balance de la cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Inventario de la propiedad personalmente transportada con el paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma De La Persona Recibiendo La Propiedad De El Paciente